保険外負担金表

当院では、下記項目について、その使用量及び利用回数に応じた実費でのご負担をお願いしております。（税込み）

項　目		料金	備考
室料差額	特別室	トイレ、シャワー、テレビ、冷蔵庫 ７，７００円	１日につき
	個室（一人）	トイレ、テレビ、冷蔵庫　　５，５００円	１日につき
	個室（一人）	テレビ、冷蔵庫（６病棟）　　３，５２０円	１日につき
	個室（二人）	テレビ・冷蔵庫付　（２病棟）　２，８６０円 テレビ・冷蔵庫付　（３病棟）　２，３１０円 テレビ・冷蔵庫付　（６病棟）　２，８６０円	１日につき
テレビのみ（病院貸し出し）		２２０円	１日につき
テレビ・冷蔵庫セット （病院貸し出し）		３３０円	１日につき
理　美　容　料		カット　３，３００円　顔剃り　２，２００円 カットと顔剃りセット　３，８５０円	１回につき
付　添　寝　具		５５０円	１日につき
CS（ケア・サポート） セット		プラン内容により異なります。	１日につき
文書料		診断書・証明書	１，６５０円 ～

令和１年10月１日

各種文書・証明書料金表

（税込）

接　種　名	金　　額	備　　考
診断書・証明書	３，３００円	
健康診断書	１，６５０円	診察料・検査料別
複雑な診断書	５，５００円	
死亡診断書	５，５００円	
	１，６５０円	コピー（原本証明）
自動車賠償保険 ・診断料 ・自動車賠償保険明細書	３，３００円	
交通災害共済診断書	５，５００円	
地方公務員共済診断書	２，２００円	
生命保険会社用 ・死亡診断書 ・被保険者症状調査書 ・障害診断書	５，５００円	本人様以外の 依頼については同意書 が必要となります。
入院証明書	５，５００円	
おむつ証明書	１，６５０円	
通院証明	１，６５０円	
領収証明書	１，６５０円	

医療法人 美郷会
西蒲中央病院

令和８年４月１日

予防接種料金表

（税込）

接　種　名	金　　額	備　　考
麻　疹・風　疹（混合）	１２，３２０円	
麻　　疹	８，８００円	
お　た　ふ　く	６，０５０円	
風　　疹	８，８００円	
二　種　混　合	４，９５０円	
三　種　混　合	５，５００円	
インフルエンザ	４，４００円	
B　型　肝　炎	６，０５０円	
A　型　肝　炎	１６，５００円	
ツベルクリン反応	３，５２０円	初・再診料別
B　C　G	８，９１０円	
水　　痘	８，２５０円	
帯　状　疱　疹	８，２５０円	
帯状疱疹（ｼﾝｸﾞﾘｯｸｽ）	２２，０００円	２回接種必要
肺　炎　球　菌	１２，１００円	
破　　傷　　風	３，３００円	
子宮頸がん	２７，０００円	９価ﾜｸﾁﾝ
ヒブ（ｲﾝﾌﾙｴﾝｻﾞ菌ｂ型）	８，８００円	
小児肺炎球菌	１１，０００円	
ロタウイルス	１４，８００円	
狂犬病ワクチン	１７，６００円	
新型コロナウイルス感染症	１６，５００円	
日本脳炎	５，０６０円	
五種混合	２２，０００円	

※　料金表に記載のない予防接種料金については受付にてお問い合わせ下さい。

医療法人 美郷会
西蒲中央病院